

Asigurarea de Sănătate de Grup

Document de informare privind produsul de asigurare

Societatea: **BRD Asigurări de Viață S.A.**, societate pe acțiuni, înregistrată în România în Registrul Asigurătorilor deținut de către Autoritatea de Supraveghere Financiară (A.S.F.) cu numărul RA-064/03.04.2009

Produsul de asigurare se adresează clienților persoane juridice ai BRD Groupe Société Générale S.A pentru a-și acoperi angajații și dependenții acestora împotriva riscului de a suporta cheltuielile neprevăzute rezultate din: accesarea serviciilor medicale în ambulatoriu în rețeaua parteneră, Medlife, cheltuieli de spitalizare, cheltuieli aferente intervențiilor chirurgicale. În cazul asigurării pentru afecțiuni grave și a asigurării pentru naștere, asiguratul primește indemnizație de asigurare.

Asigurare Individuală – acoperirea individuală a Asiguratului prin Contractul de Asigurare de sănătate de Grup încheiat între Asigurător și Contractant, atestată prin Certificatul de Asigurare.



Ce se asigură?

Asigurarea de Sănătate de Grup e disponibilă în 3 pachete de asigurare distincte - Esențial, Confort și Premium, cu acoperiri și limite de asigurare diferite.

✓ Spitalizare

Membrul Asigurat:

- va avea acces la servicii medicale de spitalizare în Rețeaua de Servicii de Sănătate,
- sau va beneficia de Indemnizații de Asigurare de spitalizare pentru servicii furnizate în afara Rețelei de Servicii de Sănătate, publice sau private, în România sau în afara României, în cazul în care Membrul Asigurat este spitalizat pentru o necesitate medicală pe Durata Contractului de Asigurare și a Asigurării Individuale, în conformitate cu prevederile Pachetului aplicabil și în limitele menționate în Polița de asigurare și Certificat de asigurare.

✓ Servicii medicale în ambulatoriu

În caz de necesitate medicală, Membrul Asigurat va avea acces la serviciile medicale incluse în Pachetul specific, în limitele specificate în Anexa 1 - "Lista de Riscuri Asigurate".

✓ Intervenții chirurgicale

Membrul Asigurat:

- va avea acces la servicii medicale chirurgicale în Rețeaua de Servicii de Sănătate sau
- va beneficia de Indemnizații de Asigurare pentru intervenții chirurgicale efectuate în afara Rețelei de Servicii de Sănătate, publice sau private, în România sau în afara României, în cazul în care Membrul Asigurat suportă o intervenție chirurgicală, bazată pe o necesitate medicală, ce impune minim o (1) Zi de Spitalizare, pe Durata Contractului de Asigurare și a Asigurării Individuale, în conformitate cu prevederile Pachetului aplicabil și în limitele maxime menționate în Polița de Asigurare și în Certificatul de asigurare.

Asigurătorul va determina valoarea Indemnizației de Asigurare pentru o intervenție chirurgicală efectuată în afara Rețelei de Servicii de Sănătate, în funcție de gradul de dificultate al procedurii chirurgicale respective, în conformitate cu "Lista de Intervenții Chirurgicale".

✓ Naștere

Asigurătorul acoperă riscul asigurat și acordă Indemnizația menționată în Polița de asigurare, respectiv în Certificatul de asigurare, în concordanță cu Pachetul ales și în cadrul limitelor menționate în Polița de Asigurare și în Certificatul de asigurare.

✓ Afecțiuni Grave

Membrul Asigurat este acoperit pentru Afecțiuni Grave, prin plata unei Indemnizații fixe de asigurare, de către Asigurător, conform Pachetului de asigurare și în cadrul limitelor de asigurare menționate în Polița de asigurare și în Certificatul de asigurare. Indemnizația de Asigurare pentru Afecțiuni Grave va fi achitată dacă:

- Contractul de Asigurare și Asigurarea Individuală erau valabile la data emiterii diagnosticului privind afecțiunea gravă de către autoritatea medicală specifică;
- Afecțiunea Gravă a fost diagnosticată după o perioadă de așteptare de trei (3) luni de la intrarea în vigoare a Asigurării Individuale;
- Membrul Asigurat supraviețuiește cel puțin 28 de zile de la data stabilirii primului diagnostic privind Afecțiunea Gravă acoperită de prezenta Clauză.



Există restricții de acoperire?

PRINCIPALELE EXCLUDERI:

Riscurile asigurate precum: Spitalizarea și riscurile asigurate acoperite de Clauzele Suplimentare, dacă acestea sunt în vigoare la momentul producerii evenimentului asigurat, cauzate direct sau indirect, total sau parțial, de oricare dintre condițiile de mai jos nu sunt acoperite de Contractul de Asigurare:

- Orice afecțiune medicală preexistentă care s-a manifestat înainte de intrarea în vigoare a Asigurării Individuale, pentru care Membrul Asigurat fie a fost diagnosticat, fie cunoștea existența acesteia sau a solicitat ori a beneficiat de tratament medical sau pentru care Membrul Asigurat nu putea să nu observe manifestările unei boli potențiale;
- Război, invazie, ostilități sau operațiuni asimilate războiului (indiferent dacă războiul este declarat sau nu), război civil, acte de terorism și activități conexe, revolte, mișcări civile, revoltă populară, insurecție, rebeliune, dictatură militară sau lovitură de stat sau orice alte acte ale unei persoane ce acționează în numele sau în legătură cu orice organizație în mod activ îndreptată spre răsturnarea prin forță a unui guvern sau influențarea acestuia prin acte de terorism sau violență;
- Sinucidere, vătămare corporală ori îmbolnăvire autoprovoacate sau orice tentative în acest sens (indiferent dacă Membrul Asigurat avea sau nu discernământ);
- Nerespectarea de către Membrul Asigurat a recomandării sau tratamentului medical indicat de medicul său curant în vederea recuperării de pe urma unei boli sau unui accident;
- Expunerea Membrului Asigurat la radiații, ionizare, substanțe chimice, contaminare biologică sau nucleară;
- Participarea la, sau instruirea în scopul oricărui sport periculos sau riscant (de ex. speologie, alpinism, parașutism, scufundări), activități ce implică un aparat cu motor, competiții de orice natură în care Membrul Asigurat are calitatea de jucător profesionist;
- Utilizarea sau dependența de alcool sau droguri, inclusiv toate complicațiile medicale aferente;
- Consumul de medicamente altele decât cele prescrise de un medic licențiat sau peste doza prescrisă, inclusiv toate complicațiile medicale;
- Zboruri de alt tip decât ca pasager al unei aeronave care dispune de o autorizație comercială pentru transportul de pasageri;
- Practicarea unui sport în calitate de jucător profesionist;
- Participarea activă a Membrului Asigurat la o faptă violentă, ilegală sau penală;
- Malpraxis sau orice consecință medicală a unui act neefectuat de un medic;
- Orice eveniment legat de disfuncționalități sexuale, infertilitate, sterilizare sau inversarea sterilizării, circumcizie, intervenții de schimbare a sexului, contracepție și planificare familială, tratarea tulburărilor privind identitatea sexuală;
- Persoanele care se încadrează în gradele I sau II de dizabilitate în conformitate cu reglementările legale în vigoare privind protecția socială sau cu un grad de dizabilitate de peste 50% sau care necesită îngrijire permanentă, respectiv ajutor extern pentru îndeplinirea sarcinilor cotidiene, situații atestate de documente oficiale;
- Persoanele diagnosticate cu epilepsie, delirium tremens și alte boli mintale;
- Persoanele diagnosticate cu o afecțiune gravă permanentă, cu excepția celor menționate drept afecțiuni grave asigurate, în conformitate cu Pachetul aplicabil fiecărui Membru Asigurat;
- Epidemii sau pandemii (confirmate de către Organizația Mondială a Sănătății);

- SIDA (sindromul imunodeficienței dobândite) complex asociat SIDA, boli cu transmitere sexuală sau dacă Asiguratul este diagnosticat cu HIV (virusul imunodeficienței umane), sau consecințele acesteia, orice infecție, boală, pierdere sau cheltuială aferentă HIV și/ sau unei boli HIV, inclusive SIDA și/ sau orice mutație derivată sau variație a celor menționate mai sus, cauzată prin orice mijloace;
- Anomalii congenitale sau complicații ale acestora. Cazurile congenitale sunt definite după cum urmează: boli, anomalii, defecte din naștere și deficiențe prezente la naștere, în formă evidentă sau formă potențială, manifestată într-o fază ulterioară.

Excluderi pentru Servicii medicale în ambulatoriu

În plus față de excluderile menționate mai sus, orice spitalizare cauzată în mod direct sau indirect, total sau parțial, de oricare dintre condițiile de mai jos, nu va fi considerate un risc asigurat în baza Contractului de Asigurare:

- Orice serviciu medical care nu este menționat în "Lista de Riscuri Asigurate";
- Orice proceduri medicale experimentale de investigație sau tratament, specifice cercetării medicale și consecințele acestora;
- Tratamente medicale alternative, proceduri terapeutice nerecunoscute medical și neautorizate de instituțiile medicale reprezentative din România și consecințele acestora;
- Orice servicii medicale care nu sunt necesare pentru stabilirea unui diagnostic sau pentru administrarea unui tratament, precum și orice alte servicii efectuate la camera de gardă;
- Tratamente logopedice;
- Serviciile medicale accesate în cadrul Spitalelor și în cadrul Centrelor de Excelență (cu excepția cazului în care se prevede altfel), precum și consultațiile efectuate de Medici de Excelență;
- Ecografiile Expert 4D E8, 4D E6 și 4D, indiferent de medicul care le efectuează;
- Servicii medicale furnizate în afara Rețelei de Servicii de Sănătate;
- Orice tratament în legătură cu sistemul reproductiv:
 - contracepție și consecințele sale pentru femei și bărbați;
 - vasectomie și sterilizare;
 - avort și consecințele sale;
 - orice tip de intervenție chirurgicală;
- Intervenții chirurgicale opționale și aparate de corecție:
 - tratamente cosmetice cu sau fără scop etiologic;
 - chirurgie estetică sau orice alt tratament în scop cosmetic sau estetic, inclusiv vene varicoase, pierderea în greutate și tratamente dermatologice;
 - intervenții chirurgicale opționale pentru îndepărtarea alunițelor (cu excepția cazurilor în care procedura este recomandată ca necesară din punct de vedere medical);
 - circumcizie;
 - orice tip de implanturi.
- Orice tratament și terapie efectuate în Centre de Hidroterapie, Clinici de Dietă Naturistă sau similare, ori prestarea acestor servicii la domiciliul Membrului Asigurat, precum și în orice Centre Spa de relaxare și recuperare, Centre de Sănătate sau Relaxare, Centre de Recuperare sau similare, tratamente de dezalcoolare, dezintoxicare de orice tip și tratamente geriatrice;
- Tratamente sau programe privind pierderea greutate;
- Orice servicii medicale în legătură cu sarcina sau nașterea (cu excepția cazului în care se stipulează altfel);
- Participarea la orice cursuri prenatale sau în legătură cu maternitatea;
- Orice investigații și tratamente privind infertilitatea și sterilitatea.

Excluderi în caz de Spitalizare:

Orice spitalizare cauzată în mod direct sau indirect, total sau parțial, de oricare dintre condițiile de mai jos, nu va fi considerate un risc asigurat în baza Contractului de Asigurare:

- O spitalizare care nu este obligatorie din punct de vedere medical pentru sănătatea Asiguratului (de ex. corectarea miopiei, keratotomie radială, chirurgie reconstructivă corneeană, chirurgie refractivă, donație de organe) sau care, în urma analizei efectuate de medicul autorizat de Asigurător, nu este necesară pentru tratarea bolii sau vătămării corporale;
- Spitalizarea în legătură cu sarcina, avortul, cu excepția avortului spontan sau nașterea (inclusiv în cazul nașterii naturale sau prin operație cezariană);
- Spitalizarea care, în urma analizei efectuate de medicul autorizat de Asigurător, are scop diagnostic sau explorator, pentru examene medicale de rutină, imunizare și alte proceduri și tratamente cu caracter preventiv (analize, radiografie, radioscopie, fizioterapie sau orice examinare de rutină), cu excepția situației în care rezultatele investigațiilor efectuate asupra Asiguratului impun spitalizarea;

- Spitalizare care, în opinia Asiguratului, nu era necesară pentru tratarea bolilor sau a vătămărilor corporale suferite de Asigurat;
- Tratament ori intervenție chirurgicală cosmetic(ă) și/sau plastic(ă), intervenții chirurgicale reconstructive, cu excepția celor recomandate de un medic specialist în vederea remedierii consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a asigurării;
- Tulburări de apetit/ alimentație, obezitate, reținere, vitaminizare, terapie bioenergetică, acupunctură, implanturi dentare sau de păr;
- Tratarea insomniei, sforăitului, apneei de somn, tulburărilor de somn, proceduri de studiu și intervenții chirurgicale aferente acestora, inclusiv privind polisomnografia;
- Spitalizarea în scopul tratării sau educării persoanelor cu deficiențe de învățare sau retard mental sau probleme de dezvoltare precum dificultăți de învățare (dislexie, de exemplu) sau dezvoltare fizică (precum tulburări de creștere în înălțime);
- Spitalizarea care începe după expirarea asigurării, chiar dacă spitalizarea a fost recomandată înainte de expirarea duratei Contractului de Asigurare;
- Spitalizarea impusă de nesolicitarea sau nerespectarea tratamentului medical după un accident sau după constatarea unei boli, Asiguratul având obligația să solicite și să accepte cât mai repede un tratament medical și să urmeze prescripțiile medicului în scopul îmbunătățirii stării sale de sănătate;
- Dializă peritoneală, hemodializă și venotomie/ arteriotomie aferentă acestora;
- Tulburări de vorbire sau auz, tulburări psihiatrice, teste și evaluări psihologice, toate tipurile de tratament ale bolii Parkinson inclusiv intervenții chirurgicale, tulburări aferente senilității și vârstei;
- Recoltarea și stocarea de celule sușe (stem) atunci când este efectuată drept măsură preventivă;
- Cure de odihnă, terapii cu apă, cure efectuate în sanatoriu, îngrijire custodială și perioade de carantină, diete speciale sau proceduri ori intervenții chirurgicale pentru controlul greutății;
- Tratament medical sau chirurgical al dinților și gingiilor cu privire la orice afecțiune, inclusiv abces, proteză și tulburări ale articulațiilor temporomandibulare;
- Spitalizare pentru tratarea arsurilor de gradul 1;
- Spitalizare necesară ca urmare a implicării Asiguratului în orice tip de operațiuni sau activități navale, militare, aeriene sau subacvatice;
- Noi proceduri și tehnologii medicale, tratamente sau intervenții chirurgicale experimentale, teste genetice, cu excepția cazului în care sunt aprobate de Asigurător;
- Tratamentul pentru desensibilizare sau neutralizarea unei afecțiuni sau tulburări alergice;
- Costurile achiziționării de proteze artificiale pentru diverse părți ale corpului sau de aparate corective ori auxiliare ale acestora;
- Nu se acordă spitalizare pentru cazurile de naștere produse pe durata spitalizării, acestea fiind acoperite de clauza cu privire la naștere;
- Spitalizare în ambulatoriu, spitalizare pentru repaos, recuperare, tratament pentru dezalcoolare sau dependența de medicamente/droguri, spitalizare în instituții de servicii geriatrice, precum și spitalizare la cererea pacientului.

Excluderi în caz de Intervenții chirurgicale

Orice intervenție chirurgicală cauzată în mod direct sau indirect, total sau parțial, de oricare dintre condițiile de mai jos, nu va fi considerată un risc asigurat în baza Contractului de Asigurare:

- O intervenție chirurgicală care nu este obligatorie din punct de vedere medical pentru sănătatea Asiguratului (precum corectarea vederii, donație de organe etc.) sau care, în opinia Asiguratului, nu este necesară pentru tratarea bolii sau vătămării corporale;
- Intervenție chirurgicală produsă ca urmare a unei afecțiuni medicale de care suferă Asiguratul, pentru care acesta a urmat un tratament sau cu privire la care a fost avertizat înainte de intrarea în vigoare a Poliței de Asigurare;
- Intervenții chirurgicale oftalmologice efectuate în scopul corectării deficiențelor de vedere (de ex. corectarea miopiei, keratotomie radială, chirurgie reconstructivă corneeană, chirurgie refractivă);
- Intervenții chirurgicale care implică exclusiv o incizie, drenaj sau puncție la orice nivel, sutura tegumentului, mușchilor sau tendoanelor, precum și injectarea de substanțe terapeutice sau diagnostice, transfuziile de sânge sau resuscitarea externă;
- Orice intervenție chirurgicală în legătură cu sarcina, avortul sau nașterea;

- Intervenții chirurgicale efectuate ca urmare a autovătămării sau tentativei de sinucidere sau de automutilare, chiar dacă Asiguratul nu avea discernământ;
- Intervenții chirurgicale care, în opinia Asiguratorului, au scop diagnostic sau explorator, ori care nu sunt necesare pentru tratarea bolilor sau vătămărilor corporale suferite de Asigurat;
- Tratament ori intervenție chirurgicală cosmetică și/sau plastică, intervenții chirurgicale reconstructive, cu excepția celor recomandate de un medic specialist în vederea remedierii consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a acestei clauze suplimentare;
- Tulburări de apetit/ alimentație, obezitate, reținere, vitaminizare, terapie bioenergetică, acupunctură, implanturi dentare sau de păr;
- Tratarea insomniei, sforăitului, apneei de somn, tulburărilor de somn, proceduri de studio și intervenții chirurgicale aferente acestora, inclusiv privind polisomnografia;
- Dializă peritoneală, hemodializă și venotomie/ arteriotomie aferentă acestora;
- Tulburări de vorbire sau auz, tulburări psihice, teste sau evaluări psihologice, toate tipurile de tratament ale bolii Parkinson inclusiv intervenții chirurgicale, tulburări aferente senilității și vârstei;
- Cure de odihnă, terapii cu apă, cure efectuate în sanatoriu, îngrijire custodială și perioade de carantină, diete speciale sau proceduri ori intervenții chirurgicale pentru controlul greutateii;
- Tratament medical sau chirurgical al dinților și gingiilor cu privire la orice afecțiune, inclusive abces, proteză și tulburări ale articulațiilor temporomandibulare;
- Noi proceduri și tehnologii medicale, tratamente sau intervenții chirurgicale experimentale, teste genetice, cu excepția cazului în care sunt aprobate de Asigurator;
- Arsuri de gradul 1.

Excluderi în cazul Nașterii:

Orice risc de naștere rezultat în mod direct sau indirect, total sau parțial, ca urmare a oricăreia dintre condițiile de mai jos, nu va fi considerat un risc asigurat în baza Contractului de Asigurare:

- infertilitate, sterilitate, fertilizare artificială;
- avort, cu excepția cazului în care este recomandat din punct de vedere medical;
- orice naștere ce nu a avut loc în spital.

Excluderi în caz de Afecțiuni Grave

Orice eveniment de prim diagnostic de Afecțiune Gravă, cauzat în mod direct sau indirect, total sau parțial, de oricare dintre afecțiunile de mai jos, nu va fi considerat un risc asigurat în baza Condițiilor de Asigurare din prezenta Clauză suplimentară:

- orice Afecțiune Gravă ale cărei simptome se manifestă, ori care a fost diagnosticată, într-un termen de 90 de zile (perioada de așteptare) de la intrarea în vigoare a Asigurării Individuale pentru fiecare membru;
- orice afecțiune congenitală.



Când începe și când încetează acoperirea?

Contractul de Asigurare, respectiv toate Asigurările Individuale ulterioare aferente Membrilor Asigurați care se alătură grupului după încheierea Contractului de Asigurare, intră în vigoare după cum urmează:

- la ora 00:00 a celei de-a 15-a zi a lunii curente, dacă Prima de Asigurare a fost achitată de Contractant în intervalul dintre a 21-a zi a lunii anterioare și a 9-a zi a lunii curente, sau
- la ora 00:00 a primei zile a lunii următoare, dacă Prima de Asigurare a fost achitată de Contractant în intervalul dintre a 10-a zi și a 20-a zi din luna curentă.

Durata Contractului de Asigurare se stabilește între părți și va fi de 1 an și maxim 3 ani și este stipulată în Polița de Asigurare.

La Data expirării perioadei de asigurare, Contractul de Asigurare poate fi prelungit pe o nouă perioadă, cu excepția cazului în care una dintre părți își exprimă voința de a înceta contractul, cu 20 de zile înainte de Data Efectivă a Încetării.

În ce condiții încetează Asigurarea?

Contractul de Asigurare poate înceta în următoarele situații:

- La încetarea termenului pentru care a fost încheiat, cu excepția cazului în care Părțile sunt de acord cu prelungirea acestuia;

- Ca urmare a neachitării primelor, după perioada de suspendare;
- Prin acordul Părților, manifestat în scris, printr-un document semnat de ambele Părți;
- În cazul în care oricare Parte nu își îndeplinește obligațiile din Contractul de Asigurare, cealaltă Parte poate rezilia Contractul de Asigurare de drept, fără nicio formalitate, pe baza unei notificări scrise, trimise prin curier, cu confirmare de primire, cu un preaviz de cel puțin 30 de zile lucrătoare înainte de Data Încetării;
- Prin denunțare unilaterală de către oricare Parte, pe bază de notificare scrisă trimisă celeilalte Părți cu cel puțin 20 de zile înainte de data solicitată de încetare a Contractului de Asigurare;
- În cazul în care, ulterior, se dovedește că, în mod conștient Contractantul a furnizat sau a permis furnizarea de informații false, înșelătoare, incomplete sau incorecte, pe care Asiguratorul le poate considera, în mod rezonabil importante pentru evaluarea riscului, Asiguratorul va avea dreptul fie să mențină contractul și să solicite majorarea primei, fie să rezilieze Contractul de Asigurare, în conformitate cu prevederile Codului Civil.



Unde beneficiaz de asigurare?

- ✓ Pentru Serviciile medicale în Ambulatoriu Asigurarea este valabilă pe teritoriul României. Pentru celelalte riscuri asigurate menționate în secțiunea „Ce se asigură?”, Asigurarea este valabilă în România și în UE și non EU.



Când și cum plătesc?

Prima de asigurare este plătită în RON de către Contractant, în conformitate cu frecvența specificată în Polița de Asigurare. Pentru plata Primelor de Asigurare cu excepția celei inițiale, Asiguratorul acordă o Perioadă de Grație de 30 (trezeci) de zile, pe durata căreia răspunderea Asiguratorului rămâne valabilă.

Care este valoarea de răscumpărare?

Asigurarea de Sănătate de grup nu are valoare de răscumpărare.

Cum se depune o cerere de despăgubire?

- Contractantul sau Membrul Asigurat trebuie să depună la Asigurator, în termen de 30 de zile de la producerea riscului asigurat, în scopul obținerii plății Indemnizației de Asigurare pentru Spitalizare, Intervenții chirurgicale, Naștere în afara și în interiorul Rețelei de Servicii de Sănătate și Afecțiuni Grave, conform prevederilor Pachetului aplicabil.
- Data înregistrării cererii de despăgubire este data la care Asiguratorul primește Cererea de despăgubire privind producerea riscului asigurat.
- În termen de 10 zile lucrătoare de la primirea tuturor documentelor solicitate, Asiguratorul trebuie să ia decizia de acceptare sau respingere a solicitării de despăgubire.

Cum pot depune o reclamație?

Orice nemulțumire reclamată de către Persoana Asigurată în legătură cu interpretarea și executarea contractului de asigurare va fi soluționată prin formularea unei petiții scrise înregistrată la sediul Asiguratorului. Această petiție va fi analizată de Asigurator și va fi soluționată prin transmiterea, în termen de maximum 30 de zile, a unui răspuns scris, punctual și argumentat, către persoana care a formulat-o.

Adresa de corespondență a BRD Asigurări de Viață S.A. este Strada Gheorghe Polizu, Nr. 58-60, Et. 8 (zona 3) și 9, Sector 1, cod poștal 011062, București, România.

Adresa de email pentru depunerea unei plângeri este: office.brdasigurarideviata@brd.ro.

Link-ul către site-ul de reclamații este:

<https://www.brdasigurarideviata.ro/contact>.

De asemenea reclamațiile împotriva distribuitorului BRD - Groupe Sociétés Générale S.A. vor fi soluționate conform *Procesului de administrare a reclamațiilor*, ce poate fi accesat la adresa https://www.brd.ro/_files/pdf/Petiții1.pdf.

Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală aplicabilă contractului de asigurare

Contractul de asigurare se supune tratamentului fiscal referitor la deducerile fiscale aplicabile la momentul plății primei de asigurare.

Care este legea aplicabilă contractului de asigurare?

Contractul de asigurare este guvernat de legea română în vigoare.

Fondul de Garantare

În cazul în care BRD Asigurări de Viață se va afla în stare de insolvabilitate, Fondul de Garantare, definit astfel prin Legea nr. 213/2015 cu modificările și completările ulterioare, va proteja interesele asiguraților și ale moștenitorilor beneficiarilor asigurării.

SOLUȚIONAREA ALTERNATIVĂ A LITIGIILOR

În conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 4/2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și prevederile Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți, litigiile dintre consumatori, astfel cum aceștia sunt definiți prin art. 2 pct. 2 din Ordonanța Guvernului nr. 21/1992 privind protecția consumatorilor, republicată, cu

modificările și completările ulterioare, și entitățile autorizate, reglementate și/sau supravegheate de către Autoritatea de Supraveghere Financiară, pot fi soluționate de către Entitatea de Soluționare Alternativă a Litigiilor (SAL-Fin). Aceasta este singura entitate de soluționare alternativă a litigiilor ce pot apărea între consumatori și entitățile pieței asigurărilor. Consumatorii pot supune litigiul procedurilor SAL administrate de SAL-Fin dacă fac dovada că, în prealabil, au încercat să soluționeze litigiul direct cu comerciantul în cauză.

Organizarea și soluționarea alternativă a litigiilor se realizează prin procedura SAL finalizată cu propunerea unei soluții sau procedura SAL finalizată cu impunerea unei soluții.

Date de contact SAL-Fin:

Activitatea se desfășoară în București, Splaiul Independenței nr. 15, sector 5, cod poștal 050092.

Fax: 021.659.60.51 sau 021.659.64.36

E-mail: office@salfin.ro

Relații cu publicul: 0800 825 627